

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Declaration de Maladie

N° W19-597582

56402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8088 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOSSADDA FOUZIL

Date de naissance : 11/12/1968

Adresse : 13 Rue 16 cpt RS Hy + D.Biss EL AZHAR

064009835

Tél. : 0650528118 Total des frais engagés : 1096,1

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Plir une feuille de soins par personne et événement.

feuille de soins doit être accompagnée de es les pièces justificatives originales onnances médicales, factures, résultats examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée ent être portés par les praticiens eux mêmes chaque feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les licaments achetés doivent être joints aux onnances transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces ificatives doivent être présentées à votre uelle dans les deux mois qui suivent le mior acte médical, sauf s'il y a traitement ical continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours uivent la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera ctué sur la base de la tarification nationale rférence.

risques liés aux accidents du travail et adies professionnelles ne sont pas couverts.

ite personne coupable de fraude ou de fausse laration pour obtenir des prestations qui sont pas dues, est passible des sanctions iles et réglementaires

bligation de remboursement prise par la OPS est subordonnée au respect des ditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة و المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أئمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غرض أو تصريح للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et Signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
RéfANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom :

YOUSF Mousa

الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation :

113819184

رقم الانخراط :

N° Immatriculation :

013114142 3 26

رقم التسجيل :

N° CIN :

11311913131

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☒ ابن ☐ Enfant

Adresse :

13 Rue d'Egypte RS Ry IS 255 EC 1/1000 العنوان

Montant des frais (Dhs) :

1096,1

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes :

1

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

YOUSF Mousa

الإسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance :

11/11/1979

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

11311913131

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

M ☒ ذكر ☐ أنثى

الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

11311913131

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie *

☐ مرض *

Pli confidentiel remis* :

☐ Oui ☐ Non

تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité *

☐ أمومة *

Date de grossesse :

11/11/1979

تاريخ الحمل :

Hospitalisation *

☐ استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

11/11/1979

التاريخ المرتقب للولادة :

Accident *

☐ حادث *

Date d'hospitalisation :

11/11/1979

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

11/11/1979

تاريخ الحادث :

Causes :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : حرر بـ : 11/11/1979

Le : في : 11/11/1979

أصريح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر بـ : 11/11/1979

Le : في : 11/11/1979



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

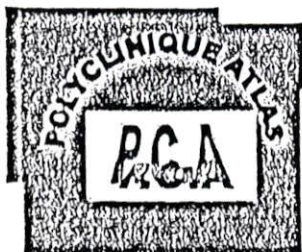
RETOUR POUR COMPLEMENT 1

NON PAYE 1

ACCORDE 1

📘 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier (s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 5	-	03/11/2020	Virement	-	2 477,00	1 267,28	244,67	1 511,95
63950749	12/10/2020	Payé en : 22 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 096,10	674,27	126,38	800,65
63950708	12/10/2020	Payé en : 22 jours		YOUSFI MUSTAPHA	600,00	268,00	44,00	312,00
63969606	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI MUSTAPHA	413,40	91,00	20,80	111,80
63969581	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI HAMZA	101,10	55,37	12,66	68,03
63969553	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI ABDELKARIM	266,40	178,64	40,83	219,47



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES

NOTE D'HONORAIRE



140004180

FES, LE 28/01/2020

NOM : *Dr Youssef*

PRENOM : *Abdelkrim*

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES

HONORAIRE DR

o 350.00 DHS (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE

POLYCLINIQUE ATLAS
Rte de Sefrou - Fès
Tél : 0535 641123 / 0535 641123/24

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES

Route de Sefrou Fès V.N. Tél.: 0535 641123 / 0535 641123/24 fax 035657969

CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667

ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le

22/08/2020

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan 1 - Fès

Abdelkrim Youssefi

126,00 x 2
Escipol x 2
0,12560
1/2 - 0
35,70
21 - 0,12560
1/2 - 0
S.V. 20 mg
S.V. 10 mg
Si besoin
T 287,70
T 0,12560

صيدلية السلامة
PHARMACIE ASSALAMAT
IBN LKHAYAT IDRISI Naïg
Rue de Sefrou - Fès
Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97
Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - Fès

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012

LOT 192077 1
EXP 09 2021
PPV 126.00

Esciplex 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/ DMP/21/NNP



LOT 200853 1
EXP 04 2022
PPV 126.00

Esciplex 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/ DMP/21/NNP



LOT 201569 1
EXP 07 2023
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables





مصحة الأطلس - فاس
Polyclinique Atlas - Fès



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 24/08/2022

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - Fès

Abdelkrim Youfi

167,40

291,00

Nestlé S.V. 20 mg

012559

24/5 Senor

T 458,40

صيدلية السلامة
PHARMACIE ASSALAMAH
BEN LKHAYAT IDRISI NOJIA
Gsm : 05 35 67 13 08

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - Fès

صيدلية الأطلس
POLYCLINIQUE ATLAS
Rte de Sefrou - Fès
Tél : 05 35 64 01 23 / 24
Fax : 05 35 96 04 15

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012

